Nr 44. Kraków, 3. listopada 1917. Rok LVI.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w **Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. $4^1/_2$ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Do Nru dzisiejszego załącza się jako bezpłatny dodatek Tom III. Zeszyt III. Rocznika Lekarskiego.

Rok LVI. Kraków, 3. listopada 1917. Nr 44.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Ze szpitala garnizonowego Nr 14 we Lwowie.

Studya do obrazu zapalenia nerek.

III.

Ostra niedomoga czynnościowa nerek — ostre zapalenie nerek bez białka w moczu? (Adynamia functionalis renum acuta — nephritis acuta analbuminurica?).

Podał

Prof. Dr Maryan Franke.

(Praca wykonana przy współudziale Dr ph. A. Gottesmanna z Budapesztu).

(Ciąg dalszy).

4) K. W., lat 23, — przed trzema tygodniami wystąpiły bóle w nogach i w krzyżach, a równocześnie zauważył chory postępujący obrzęk ciała. Przysłany z rozpoznaniem ostrego zapalenia nerek. Stan obecny: budowa dość silna, twarz blada, obrzękła; tułów i kończyny dolne miernie obrzękłe; serce bez zmian; t. = 72 na min.; wątroba nie powiększona. Badanie moczu (tabl. II. Nr. 4.): ilość dzienna (średnio): 2025 cm³; c. g. 1021; białka i osadu stale brak. Badanie czynnościowe: wydzielanie dodanej soli kuchennej i mocznika zupełnie prawidłowe; wydzielanie cukru mlecznego, uraninu i jodu nieco opóźnione.

5) R. J., lat 49. — Od dwu miesięcy zauważył chory obrzęk twarzy i kończyn dolnych; w ostatnich dwu dniach rozwolnienia. Przysłany z rozpoznaniem ostrego zapalenia nerek. Stan obecny: Budowa silna; twarz i kończyny dolne miernie obrzękłe; w płucach objawy nieznacznego nieżytu oskrzelowego; serce: — stłumienie bezwzględne prawidłowe, nad koniuszkiem serca lekki podmuch; wątroba lekko powiększona. Badanie moczu (tabl. II. Nr. 5.): ilość dzienna (średnio) = 1566 cm³; c. g. 1017; białka i osadu niema. Badanie czynnościowe: wydzielanie dodanej soli kuchennej i mocznika prawidłowe; wydzielanie cukru mlecznego i jodu znacznie opóźnione; wydzielanie uraninu lekko opóźnione.

6) T. M., lat 33. — Od pięciu dni zauważył chory szybko postępujący obrzęk całego ciała, a przy tem dokuczał mu ból głowy i kaszel. Przysłany z rozpoznaniem ostrego zapalenia nerek. Stan obecny: bardzo znaczny blady obrzęk twarzy, tułowia i kończyn dolnych; w płucach objawy nieżytu oskrzelowego; serce bez zmian; T. = 60 na min.; wątroba nieco powiększona, niebolesna. Badanie moczu (tabl. II. Nr. 6.): ilość dzienna (średnio) = 1450 cm³; c. g. 1025; białka i osadu brak. Badanie czynnościowe: wydzielanie dodanej soli kuchennej i mocznika prawidłowe; wydzielanie cukru mlecznego ledwo zaznaczone; (przez 5 godz.); wydzielanie uraninu lekko opóźnione; wydzielanie jodu opóźnione.

7) O. W., lat 50, — przed 8 dniami zauważył obrzęk twarzy, potem tułowia i kończyn dolnych; kaszel silny. Stan obecny: bardzo znaczny blady obrzęk twarzy, tułowia i kończyn dolnych; nieżyt oskrzelowy zaznaczony; serce: stłumienie bezwzględne prawidłowe; tony nieco głuche; T. = 48 na min.; wątroba nieco powiększona, niebolesna. Badanie moczu: (tabl. II. Nr. 7.): ilość dzienna (średnio) = 1450 cm³.; c. g. 1025; białka i osadu brak. Badanie czynnościowe: wydzielanie dodanej soli kuchennej i mocznika prawidłowe; wydzielanie cukru mlecznego znacznie opóźnione; wydzielanie uraninu i jodu lekko opóźnione.

Przypatrzywszy się bliżej obrazowi klinicznemu przypadków, które poddaliśmy ścisłemu badaniu, widzimy, że wszystkie przedstawiają wspólne cechy kliniczne, tak pod względem początku, stanu na szczycie sprawy chorobowej, jak i wyniku końcowego. Wspomnieć muszę, że prócz przytoczonych spostrzegaliśmy cały szereg innych podobnych przypadków, w których jednak nie mieliśmy sposobności przeprowadzić szczegółowego badania czynnościowego nerek, tak, że ich przy ogólnem omówieniu nie możemy uwzględnić mimo podobieństwa klinicznego.

Obraz kliniczny wszystkich przypadków był mniejwięcej następujący: Początek sprawy chorobowej był zwykle niespodziewany, a pierwszym w oczy wpadającym objawem były dla chorych przeważnie obrzęki. Po dokładnem wypytywaniu, a często i sami podawali chorzy, że w pierwszym lub też w pierwszych dniach obrzęk występował przedewszystkiem na twarzy, następowo dopiero na tułowiu i na kończynach dolnych. Po wystąpieniu obrzęku na twarzy chorzy zwracali uwagę na kończyny dolne, tak, że na nich sami częściej stwierdzali obrzęki, niż na tułowiu. Obrzęk był zawsze niebolesny, a zwiększał się szybko. Z powodu właśnie obrzęków zgłaszali się zwykle chorzy do lekarza, który, uważając sprawę za poważną, odsyłał ich do szpitala, zwykle z rozpoznaniem ostrego zapalenia nerek. Przy dokładnem wypytywaniu dało się często wykazać okres parodniowego poprzedzającego schorzenia (przed wystąpieniem obrzęków), a dokuczał chorym wówczas kaszel, bóle w kończynach lub też w krzyżach, uczucie podwyższonej ciepłoty ciała i ogólnego schorzenia. Z chwilą wystąpienia obrzęków do tych objawów dołączała się często duszność, nieraz i znacznego stopnia, jak i osłabienie ogólne. Nigdy jednak nie mogliśmy wykazać jakiegoś dłuższego okresu ogólnego osłabienia i wyniszczenia, któryby poprzedzał wystąpienie obrzęków; chorzy byli czynni w okopach do ostatniego czasu tuż przed wybuchem sprawy chorobowej. P o c z ą t e k s c h o r z e n i a b y ł w o g ó l n o ś c i o s t r y; chory mógł prawie dokładnie podać dzień rozchorowania się. Dodam, że w dwu przypadkach wywiady wykazywały przed laty przebyte ostre zapalenie nerek. Wspomnieć muszę i o tem, że na karteczce od lekarza, którą chory ze sobą przynosił, oprócz już raz wspomnianego rozpoznania »nephritis acuta«, nieraz znajdowaliśmy notatkę, że w moczu stwierdzono białko i na tem oparto rozpoznanie kliniczne; badanie nasze jednak nieraz i następnego dnia nie wykazywało w tych przypadkach nigdy obecności białka w moczu już w pierwszym dniu pobytu chorego na oddziale. Przechodząc do klinicznego stanu chorego w czasie pobytu jego na moim oddziale, muszę zaznaczyć, że przedewszystkiem wpadały w oczy obrzęki powłok zewnętrznych. Obrzęk zajmował

zawsze twarz i tułów, mniej wyraźnie kończyny dolne; stopień obrzęków bywał różny, a nieraz bardzo znaczny. Obrzęk był przytem blady, podatny na ucisk, niebolesny. Wogóle chorzy wyglądali typowo jak chorzy ze schorzeniem nerek, tak, że nie dziwi nas rozpoznanie lekarza poprzedniego (nephritis acuta), mimo nieraz braku możności badania moczu co do białka i typu osadu moczowego. Z innych objawów klinicznych do typowych należał nieżyt oskrzelowy, raz silniejszy, raz słabszy, dalej zwolnienie tętna, które tak często spotykamy w naszych przypadkach ostrego zapalenia nerek. W wywiadach lub też w pierwszych dniach pobytu chorego w szpitalu mogliśmy nieraz stwierdzić lekkiego stopnia podwyższenie ciepłoty ciała, które jednak ustępowało szybko. W niektórych przypadkach zjawiała się duszność, w jednym tak wybitna, że jeszcze przed badaniem moczu wobec znacznych obrzęków, zwłaszcza twarzy, przyjąwszy istnienie ostrego zapalenia nerek z dusznicą mocznicową, wykonaliśmy natychmiast nakłucie żyły pośrodkowej i upuściliśmy 500 cm³ krwi, jak to zwykliśmy czynić w przypadkach ostrej mocznicy wogóle. Zdziwieni byliśmy wówczas, nie znalazłszy następowo w moczu chorego żadnych nieprawidłowych składników. Z całym naciskiem muszę zaznaczyć, że u żadnego chorego nie mogliśmy ani razu stwierdzić objawów, któreby wskazywały na istnienie niedomogi serca; przedmiotowy stan serca, stan wątroby i t. d. nie dawał nigdy podstawy do podejrzeń, że przyczyną obrzęków jest niedomoga krążenia; dla istnienia obrzęków musieliśmy szukać innego źródła. Ze stanu przedmiotowego podnieść należy i to, że chorzy nasi przeważnie byli młodzi lub w średnim wieku, o budowie dość silnej; stan ich odżywienia daleki był od tego, ażebyśmy mogli przyjąć u nich istnienie wyniszczenia na tle n. p. głodzenia i niedostatecznego odżywienia. Obrzęki ustępowały zwykle szybko, do paru dni; u jednego chorego, którego historyę choroby przytoczę jeszcze niżej, obrzęk ogólny trwał około dziesięciu dni, ustąpił następnie bez śladu. Objawy inne, jak nieżyt oskrzelowy, stan podgorączkowy i t. d. znikały dość szybko, a chorzy wracali do zupełnego zdrowia. U wszystkich dokładnie badanych czynnościowo chorych przebieg choroby był korzystny; nie mieliśmy ani jednego zejścia śmiertelnego.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Z pracowni dyagnostycznej c. k. Namiestnictwa w Lincu.

O skombinowanem zastosowaniu pośrednich sposobów w badaniu stolców tyfusowych, paratyfusowych i czerwonkowych.

Podał

Prof. Dr Witold Nowicki.

(Ciąg dalszy).

Z badań zatem ze stosowaniem mieszanek pokazuje się, że stosowanie roztworu fizyologicznego NaCl przy badaniu co do obecności lasecznika tyfusu i paratyfusu A i B jest rzeczą korzystną, w mniejszym stopniu odnosi się to do lasecznika czerwonki. Przy stosowaniu żółci z 20% bulionu (Wiesner), jakoteż żółci z 25% fizyologicznego roztworu NaCl, 1% peptonu i fioletu krystalicznego otrzymuje się korzystne wyniki co do lasecznika tyfusu, paratyfusu A i B, i to nieco lepsze przy żółci z fioletem. Przy badaniu co do lasecznika czerwonki stosowanie jednej i drugiej żółci nie daje widocznej korzyści. Czas stosowania 6-godzinny.

B e n z y n a i n a f t a. W grupie badań nad wpływem eteru petrolu na hodowle zajmujących nas tu drobnoustrojów wykonałem także szereg badań z benzyną i naftą (petroleum). Badania przeprowadziłem z lasecznikiem okrężnicy, tyfusu, czerwonki (typ Shiga-Kruse), przecinkowcem cholery azyatyckiej i b. faecale alcaligenes.

Badania wykonałem w następujący sposób: Do 2 cm³ bulionu dodawałem po 2 oczka platynowe 24-godzinnej hodowli; następnie do tego 1 cm³ benzyny wzgl. nafty. Po silnem 5-minutowem wstrząsaniu w ręce zostawiałem treść, chronioną przed światłem dziennem, w ciepłocie pokojowej. Po 1, 2, 3, 6 i 15 godzinach brałem pipetą treść z dna naczynia i oczkiem szczepiłem ją kolejno na 2 płytkach agarowych.

Z tych badań próbnych przekonałem się, że benzyna działa powstrzymująco na wzrost lasecznika okrężnicy i czerwonki, znacznie mniej na wzrost lasecznika tyfusu. To powstrzymujące działanie benzyny na lasecznika tyfusu jest nieco tylko większe od działania eteru petrolu, natomiast jest ono znacznie większe co do czerwonki.

Nafta działa najwięcej powstrzymująco na lasecznika okrężnicy, znacznie mniej na tyfus, wogóle podobnie jak benzyna; natomiast nieznacznie tylko wstrzymuje wzrost lasecznika czerwonki — mniej niż benzyna i czysty eter petrolu.

Mniej więcej podobne wyniki otrzymałem przy stosowaniu benzyny i nafty na mieszanki omawianych hodowli z lasecznikiem okrężnicy. Oczywiście w tych doświadczeniach z mieszankami liczba kolonii lasecznika tyfusu, względnie czerwonki, w porównaniu z liczbą kolonii lasecznika okrężnicy była stale znacznie mniejsza, wyniki jednak działania benzyny, względnie nafty, na wspomniane hodowle porównywałem zawsze z odpowiedniemi kontrolami. Co do działania benzyny wzgl. nafty na i n n e d r o b n o u s t r o j e, to stwierdziłem, że benzyna działa zupełnie powstrzymująco na wzrost przecinkowca cholery azyatyckiej, i to już po jednej godzinie nie otrzymałem na płytkach ani jednej kolonii, natomiast kontrolne były niemi zasiane. Przeciwnie nafta, nawet po 6 i 15 godzinach, nie działała powstrzymująco na wzrost przecinkowców cholery. Co do cholery zatem działanie benzyny jest tosamo, co eteru petrolu, natomiast nafty inne.

Ziarenkowce ulegały pod wpływem benzyny znacznemu powstrzymaniu we wzroście, natomiast bardzo nieznacznemu pod wpływem nafty; tosamo należy powiedzieć o b. faecale alcaligenes.

Z powyższych danych widzimy, że benzyna w działaniu swem na laseczniki okrężnicy, tyfusu, czerwonki i na cholerę zbliża się znacznie do eteru petrolowego; nafta zaś działa hamująco na wzrost lasecznika okrężnicy i tyfusu, natomiast na lasecznika czerwonki i przecinkowca cholery azyatyckiej nie ma prawie żadnego wpływu.

Dla praktycznego zastosowania w badaniu stolców więcej nadawałaby się, sądząc z tych badań z benzyną i naftą, ta druga, i to głównie w badaniu stolców czerwonkowych. Czy zastosowanie jej dałoby rzeczywiście lepsze wyniki, niż bezpośrednie szczepienie stolca, powiedzieć nie mogę, odpowiednich bowiem badań ze stolcami nie wykonałem.

B a d a n i a s t o l c ó w.

W pracowni naszej w badaniu stolców trzymaliśmy się dwu zasad: stosowania ile możności k i l k u r ó ż n y c h p o ż y w e k i stosowania, prócz bezpośredniego szczepienia, s p o s o b ó w p o ś r e d n i c h. O tem, że postępowanie takie dla osiągnięcia możliwie najkorzystniejszych wyników w badaniu stolców jest uzasadnione i najpewniejsze, przekonałem się na podstawie badań obfitego i nader urozmaiconego materyału, który w ciągu 2 lat mieliśmy sposobność

spostrzegać; stolce, idące w tysiące, pochodziły głównie od ludzi chorych, w nieznacznej tylko części od ludzi zdrowych, wzgl. bez zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego.

Jako pożywki stosowaliśmy w badaniu każdego stolca agar Drigalskiego, z początku dla tyfusu wzgl. paratyfusu z fioletem krystalicznym, potem bez niego, Endo i zwykły 2% agar. Pierwotnie stosowaliśmy w badaniu każdego stolca 6 płytek (po 2 na każdą z wymienionych pożywek), następnie jednak ze względów oszczędnościowych zredukowaliśmy tę liczbę do 3. Przy tej sposobności muszę podnieść nader cenne zalety płytek z agaru Endo w badaniu stolców, który nie ustępuje wcale agarowi Drigalskiego, a nawet pod pewnymi względami go przewyższa, zwłaszcza w badaniu przy sztucznem świetle, a także jest znacznie tańszy i łatwiej go sporządzić, co przy badaniu dużego materyału cenną jest zaletą.

Jako pośrednie sposoby stosowaliśmy stale fizyologiczny rozczyn NaCl, od dłuższego czasu eter petrolu, przez pewien zaś czas, jeszcze w letnich miesiącach r. 1915, żółć z fioletem krystalicznym.

Postępowanie nasze w szczepieniu badanych stolców było następujące:

Bezpośrednie szczepienie. Stolce sformowane, miękkie i papkowate rozcieńczaliśmy około 5 cm^3 bulionu, biorąc około 2—3 cm^3 stolca. Po bardzo dokładnem zmieszaniu zapomocą laseczki szklannej aż do otrzymania prawie płynnej zawiesiny stolca, szczepiliśmy treść zapomocą oczka platynowego na płytkach, poczem średnio po 16 do 20 godzinach obrabialiśmy płytki, przeszczepiając podejrzane kolonie na pożywki różniczkowe. Płytki zostawialiśmy przez dalsze 48 godzin. Stolce płynne rozcieńczaliśmy $^1/_3$ bulionu.

Sposób z fizyologicznym rozczynem NaCl. Około 2—3 cm^3 dokładnie mieszaliśmy z około 8 cm^3 rozczynu fizyologicznego NaCl, a następnie po 6 wzgl. 15 godzinach trzymania w cieplarce szczepiliśmy treść na płytkach.

Sposób z eterem petrolu. Około 2 cm^3 stolca rozcieraliśmy dokładnie z 5 cm^3 bulionu, a następnie, po dodaniu eteru petrolu, wstrząsaliśmy energicznie ręką treść naczyńka, zamkniętego jałowym korkiem i czapeczką gumową i wstrząsaliśmy mniej więcej przez 5 minut w ten sposób, że na jedną minutę przypadały 3 uderzenia. Treść tę, chronioną przed światłem dziennem i trzymaną w ciepłocie pokojowej, szczepiliśmy, podobnie, jak przy NaCl, po 6 wzgl. 15 godzinach, biorąc zapomocą jałowej pipety jedną kroplę treści z dna naczynia.

Eter petrolu we wszystkich niżej przytoczonych badaniach stosowaliśmy ten sam i z tego samego źródła. Frakcyonowanie jego przeprowadzaliśmy sami w naszej pracowni. Przed przystąpieniem do badań stolców za pomocą eteru petrolu wykonałem szereg badań nad wpływem różnych frakcyi tego eteru na czyste hodowle bulionowe zajmujących nas drobnoustrojów, a także na b. faecale alcaligenes, odmieńca (proteus) i ziarenkowce, oraz na mieszanki tychże drobnoustrojów z prątkiem okrężnicy. Badania przeprowadziliśmy z frakcyami 33°—38°, 40°—45°, 45°—50°, 50°—55°, 55°—60° C. i ponad 60° C. wrzenia. Z tych wstępnych badań przekonałem się, że najkorzystniejsza w badaniu stolców jest frakcya 40—45° C. Wyniki tych badań w zasadzie zgadzają się z wynikami, uzyskanymi z badania stolców.

Sposób zastosowania żółci z fioletem krystalicznym. Jak już wyżej wspomniałem, jeszcze w r. 1915 stosowaliśmy w naszej pracowni żółć w badaniu stolców, jednak nie w stanie czystym, ale z dodatkami wyżej podanymi. Do naczyńka, zawierającego około 10 cm^3 tej mieszanki żółciowej, dawaliśmy około 2 cm^3 stolca, który dokładnie mieszaliśmy laseczką szklanną, a następnie po 6 wzgl. 15 godzinach trzymania w cieplarce szczepiliśmy w sposób zwykły na płytkach.

Co do ogólnych uwag, dotyczących techniki szczepienia stolców, tak bezpośredniego, jak i pośredniego, to zwracaliśmy szczególniejszą uwagę na dokładne zmieszanie stolca z danym płynem; wiadomo bowiem, że w stolcach niepłynnych rozmieszczenie prątków tyfusu, wzgl. paratyfusu, nie jest równomierne, lecz że mamy cząstki stolca, w których gniazdami niejako są rozmieszczone powyższe drobnoustroje, gdy w innych cząstkach może ich całkiem nie być. O tem przekonałem się zarówno z obfitego materyału stolców, jak i ze specyalnie w tym kierunku robionych badań, w których ze sformowanych, wzgl. miękkich stolców tyfusowych szczepiliśmy różne ich cząstki na osobnych płytkach przy zachowaniu odpowiednich ostrożności.

Co do czasu 6 wzgl. 15 godzinnego przy stosowaniu sposobów pośrednich, to trzymaliśmy się go ze względów praktycznych (przedpołudniem przysyłane stolce szczepiono po 6, popołudniu drugiego dnia po 15 godzinach), a dalej także ze względu na korzystne wyniki.

Poniżej przytaczamy wyniki badania stolców tyfusowych, paratyfusowych i czerwonkowych, w których stosowaliśmy równocześnie obok bezpośredniego szczepienia także sposób pośredni z fizyologicznym rozczynem NaCl i eterem petrolu.

Stolce tyfusowe. Grupa ta obejmuje 39 stolców, w których wykazano lasecznika tyfusu; stolce te pochodziły z różnych tygodni choroby, jakoteż różnego czasu zdrowienia.

Tablica III.

Godz.	B	Petr.	NaCl	B+P	B+N	P+N	B+P+N
6	5	5	1	2	2	—	11
15	2	5	1	2	1	—	2
—	7 17,7%	10 25,6%	2 5,1%	4 10,2%	3 7,6%	—	13 33,3%

Z tabelki tej widzimy, że najczęściej stwierdzono kolonie tyfusu na płytkach po zastosowaniu eteru petrolu, następnie z bezpośredniem szczepieniem, najrzadziej po zastosowaniu NaCl (76,9%, 69,2% i 46,1%). Tylko na płytkach po eterze petrolu w 25%, tylko na płytkach z bezpośredniem szczepieniem w 17,7%, wreszcie tylko na płytkach po NaCl w 5,1%, — i tu więc widzimy tę samą kolejność, tylko różnice większe. Co do kombinacyi omawianych sposobów, to równoczesne stosowanie bezpośredniego szczepienia i eteru petrolu wykazało, że z 39 przytoczonych przypadków przypada na nią 37 t. j. w 94,8% dodatnich wyników, mniej korzystną okazuje się kombinacya bezpośredniego szczepienia i NaCl, bo na nią wypada 74,3%. Ilość kolonii tyfusu, stwierdzona na płytkach z bezpośredniem szczepieniem, przedstawia dość znaczną rozmaitość; na ogół jednak stwierdzaliśmy częściej liczne kolonie, niż nieliczne, przeciwnie jak na płytkach po eterze petrolu. Na płytkach po NaCl częściej spotykaliśmy liczniejsze kolonie.

Co do czasu przy eterze petrolu, to wybitniejszej różnicy między 6 a 15-godzinnym nie zauważyliśmy; przy pierwszym na 25 stolców w 20, t. j. 80%, przy drugim na 14 stolców w 10, t. j. w 71,4%. O wiele wybitniejszą różnicę we wpływie czasu 6-godzinnego i 15-godzinnego widzimy przy stosowaniu NaCl, i to na korzyść 6-godzinnego; gdy przy nim na 25 stolców było z lasecznikiem tyfusu 14, t. j. 60% na płytkach po zastosowaniu NaCl, to przy 15-godzinnym czasie na 14 stolców było tylko 4, t. j. 28,5% z lasecznikiem tyfusu. Fakt ten jest prawdopodobnie następstwem silniejszego rozwoju lasecznika okrężnicy po 15 godzinach, a temsamem więcej niekorzystnego działania na tyfus. (C. d. n.).

Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniwersytetu lwowskiego.
(Dyrektor: Radca dworu prof Dr Antoni Mars).

W sprawie niezłośliwych nowotworów pochwy
(z podaniem przypadku).

Napisał

Dr Tadeusz Wiczyński,
b. asystent kliniki.

Sprawa pochodzenia niezłośliwych nowotworów pochwy do dziś dnia nie jest zupełnie jasna i istnieją co do tego różne poglądy. Wobec tego każdy nowy przypadek, który może przyczynić się do rozjaśnienia lub poparcia pewnych poglądów, jest dla piśmiennictwa pożądany i ta okoliczność zniewala mnie do podania następującego przypadku.

Ch. D., lat 30, wdowa po rolniku (L. prot. klin. ginek. 49/1914), podaje, że żadnych poważniejszych chorób nie przebywała. Pierwsza regularność w 15. r. życia, następne co 3—4 tygodni, 6—7 dni trwające, obfite, bolesne, ostatnia przed 2 tygodniami. Rodziła dwa razy na czasie, siłami przyrody, po pierwszym porodzie gorączkowała 3 miesiące, po drugim miesiąc. Ostatni poród przed 4½ laty. Obecnie żali się chora na bole dołem brzucha od ostatniego porodu, parcie na mocz i wypadanie macicy mniej więcej od tego samego czasu.

Badanie przedmiotowe wykazało, co następuje:

Chora wzrostu nizkiego, budowy i odżywienia lichego. Na szyi guz wielkości mandarynki, poruszający się przy połykaniu, własnościami odpowiadający powiększonemu gruczołowi tarczowemu. Sutki bez zmian. Płuca i serce w granicach fizyologicznych, przy opukiwaniu ani osłuchiwaniu zmian wybitniejszych nie przedstawiają. Tętno równe, 76/min. Brzuch o powłokach wiotkich, narządy jamy brzusznej prawidłowe, niema żadnych guzów ani też oporów nieprawidłowych, wypuk prawidłowy. Gruczoły pachwinowe macalne.

Badanie wewnętrzne: Srom wieloródki, z szerokiej szpary sromowej, w linii środkowej przedniej ściany pochwy, wypukla się guz wielkości małej pięści, pokryty błoną śluzową pochwy, barwy żywo-czerwonej. Na części najwięcej wypuklonej guza owrzodzenie wielkości monety guldenowej, o brzegach nierównych, miernie głębokie; ponad owrzodzeniem widać ujście cewki moczowej, zniekształtnione w ten sposób, że tylna jej ściana jest ku przodowi wyciągnięta, ścieńczała, a jej wewnętrzna powierzchnia jest widoczna i stanowi kształt półksiężyca.

Przy dotykaniu guz twardy, nie chełboczący, niebolesny, wykazuje drobne guzki wtórorzędne pod błoną śluzową, nadające mu nierówną powierzchnię. W całości guz ruchomy, wobec otoczenia przesuwalny, daje się od boków i od tyłu obejść palcem, od przodu zaś nie, co stwierdza, że guz ten szeroką szypułą wychodzi z przedniej ściany pochwy, a górną swą powierzchnią ściśle sięga aż do cewki moczowej. Dalsze badanie wykazuje tylną ścianę pochwy prawidłową, a macicę wielkości i zbitości prawidłowej, ku tyłowi odchyloną. Przydatki macicy zmian żadnych nie okazują.

Aczkolwiek na pierwsze wejrzenie sprawa chorobowa przedstawiała się jako klasyczne wypadnięcie przedniej ściany pochwy z następowem owrzodzeniem, to jednak dalsze badanie wyraźnie przemawiało za nowotworem pochwy, a nie za samem tylko wypadnięciem. O ile zatem badanie dało niemal pewne rozpoznanie, że mamy do czynienia z nowotworem pochwy, to wspomniana powyżej nierówna powierzchnia guza i owrzodzenie na jego szczycie nasuwało poważne wątpliwości co do jego łagodności, a rozstrzygnięcie tego pytania miało doniosłe znaczenie ze względu na ewentualny plan operacyjny. Postanowiono zatem wycięcie części guza w miejscu owrzodzenia celem dokonania badania drobnowidowego, a tymczasem rozpoznanie kliniczne brzmiało: Neoplasma parietis anterioris vaginae. Struma.

Badanie drobnowidowe wyciętych części z miejsca owrzodzenia wykazało tkankę ziarninową wyraźnie różnicującą się; dużo naczyń krwionośnych o ścianach nieco ścieńczałych; w głębszych warstwach obrzękła tkanka, zawierająca nieliczne włókna mięsne i łącznotkankowe; złośliwego utkania w częściach badanych nie stwierdzono.

Ponieważ jednak części badane były wzięte tylko z owrzodzenia, badanie nie usunęło wątpliwości, czy też w głębi guza nie ma miejsca, od którego złośliwe bujanie się rozpoczyna. Wobec tego postanowiono guz odjąć w granicach zdrowej tkanki, przynajmniej na 2 cm szerokiej, jak to Fritsch podaje dla nowotworów złośliwych pochwy, a dopiero, gdyby badanie dokładne całego guza wykazało bujanie złośliwe, następowo przystąpić do wyłuszczenia zajętych prawdopodobnie w takim razie gruczołów pachwinowych.

W ten też sposób operowano. Po odpowiedniem przygotowaniu chorej poprowadzono cięcie eliptyczne dokoła podstawy guza w granicach zdrowej tkanki. Po bokach i od tyłu wyłuszczanie guza nie przedstawiało żadnych trudności; od przodu zaś zabrano i dolną część cewki moczowej, do czego tem chętniej przystąpiono, że tylna jej ściana z powodu bardzo znacznego ścieńczenia przedstawiała technicznie w odpreparowaniu jej od guza trudności prawie nie do przezwyciężenia. Brzegi rany w dole zeszyto szwami katgutowymi węzełkowymi, cewkę moczową obszyto na cewniku w ten sposób, że szwami katgutowymi, również węzełkowymi, połączono jej błonę śluzową z błoną śluzową przedsionka sromu. Założono do pęcherza cewnik miękki Petzera, a do pochwy seton z gazy kseroformowej na 24 godzin.

Przebieg pooperacyjny prawidłowy; po wyjęciu cewnika chora oddaje sama mocz prawidłowo, bólów niema żadnych, stan bezgorączkowy. Po 10 dniach usunięto nie wessane części katgutu; rana w górnej części zagojona doraźnie, w dolnej części na długości 2—3 cm brzegi rany rozeszły się i gojenie następowe. W 3 tygodnie po operacyi pacyentka opuściła klinikę zdrowa.

Dokładne badanie drobnowidowe całego guza dało następujący wynik:

Guz cały pokryty jest nabłonkiem wielowarstwowym, a odcinającym się wszędzie ostro od tkanki, leżącej pod nabłonkiem. W miejscu powyżej opisanego ubytku (owrzodzenia) nabłonka niema, a ubytek wypełniony jest częściowo skrzepami krwi, częściowo zaś dno jego stanowi tkanka ziarninowa. Tkanka ziarninowa przechodzi dalej ku środkowi w utkanie guza. Guz sam składa się przeważnie z włóknistej, obficie komórkowej tkanki łącznej z niewielką domieszką włókien mięsnych gładkich. Tkanka ta zawiera dużo naczyń krwionośnych, poroszerzanych i krwią wypełnionych, dookoła zaś naczyń miejscami nawet obfite nacieki drobnokomórkowe. Oprócz tego widzimy, że partye guza, leżące pod nabłonkiem, są w wysokim stopniu obrzękłe, tak że poszczególne włókna mięsne i łącznotkankowe są porozrywane; i tu również spotykamy wiele nacieków drobnokomórkowych. Podobne ogniska obrzękłej tkanki, przypominające tkankę śluzową, widzimy i wśród głębszych warstw guza. Elementów gruczołowych nigdzie nie stwierdzono.

Badanie zatem dało obraz włókniako-mięśniaka z bardzo wielu ogniskami zapalnemi. Nadmienić przytem należy, że co do elementów gruczołowych, to chcąc mieć ile możności pewną odpowiedź, czy one wśród utkania guza są, czy też ich niema, wzięto do badania skrawki z wielu i rozmaitych miejsc guza.

Aby należycie wartość kazuistyczną niniejszego przypadku przedstawić, należy sobie zdać sprawę z tego, że nowotwory pochwy stanowią w porównaniu n. p. z nowotworami macicy schorzenie względnie rzadkie, a jeszcze rzadsze są nowotwory niezłośliwe. I tak Veit w swym dużym podręczniku chorób kobiecych podaje zestawienie Breiskyego 58 przypadków, do którego to zestawienia dodaje kilkanaście przypadków kazuistycznie ogłaszanych. Według pracy Gieseckego »O włókniako-mięśniakach pochwy« dwie są prace zbiorowe, nawzajem się historycznie uzupełniające, które obok zestawień, podanych przez Veita, mogą stanowić podstawę do zdania sobie sprawy z częstości wspomnianych guzów. Autorem pierwszej jest Kleinwächter, który zebrał z piśmiennictwa wszystkie znane mu przypadki do r. 1882 (razem ze swymi trzema 53 przypadków); druga praca Renego Müllera podaje dalsze przypadki do r. 1905 w liczbie 112; dalsze zestawienie 30 przypadków, ogłoszonych do r. 1915, podaje Giesecke w swej pracy. Gdy się do trzech tych zestawień doda zestawienia Veita i Breiskyego, które z powodu odmiennych nazwisk w nich zawartych, nie są — zdaje się — z niemi identyczne, to widzimy, że w piśmiennictwie całem spotykamy do 300 zaledwie przypadków omawianej sprawy chorobowej. Dodać muszę, że, uwzględniając piśmiennictwo polskie, o pracach Zubrzyckiego i Ehrlicha nie wspominam dlatego, gdyż sądzę, że przypadki tych autorów należą do grupy nowotworów sromu.

W podanej powyżej liczbie 300 mieszczą się wszystkie nowotwory łagodne, a więc włókniaki, mięśniaki, włókniako-mięśniaki i in. Co do mięśniaków pochwy, to rzadkie ich pier-

wotne pojawianie się w tem miejscu jest zrozumiałe, jeśli się uwzględni, że i samej tkanki mięsnej w tym narządzie jest niewiele; ciekawą jednak jest rzadkość włókniaków w porównaniu n. p. z włókniakami macicy, gdy tej tkanki w pochwie stosunkowo nie brak. I jedna i druga tkanka najwięcej jest nagromadzona w przedniej ścianie pochwy, tam też najczęściej są powyższe guzy usadowione. Guzy te nie dochodzą do znacznych rozmiarów; za tem przemawia większość ogłoszonych przypadków, z wyjątkiem kilkunastu przypadków, które swą rzadkością twierdzenie powyższe ustalają. Są to n. p. przypadek Scharpenacka, w którym u pierwiastki 25-letniej przeszkodę porodową stanowił ogromny włókniak (»fibroma molluscum« Virchowa); przypadek Halbana, gdzie u 36-letniej dziewicy całe światło pochwy było wypełnione włókniakiem wielkości pięści, który sprawiał głównie trudności przy oddawaniu moczu; w przypadku Rosenbergera włókniak wypełniał całą miednicę małą i wywoływał objawy uwięźnięcia.

Doszedłszy do pewnych rozmiarów, nowotwory pochwy albo wypadają przed srom i nabierają odrębnych cech, albo rozwijają się w głąb miednicy, czem wywołują zupełnie inne objawy i następstwa. Guzy, występujące na zewnątrz, imponując jako wypadnięcie pochwy, mogą być albo rozlane w tkance podśluzowej pochwy i wtedy mogą przedstawiać technicznie trudności operacyjne, albo mogą być ograniczone, ale usadowione na szerokiej podstawie, albo wreszcie są to guzy najrzadsze, uszypułowane, do których niniejszy przypadek należy, przyczem pod względem operacyjnym nie przedstawiają żadnych trudności. Usadowienie guza pod cewką moczową pociąga za sobą w miarę rozwoju zmiany ujścia cewki moczowej i objawy ciągłego parcia na mocz; tasama przyczyna sprawia, że guzy te, ciągle moczem zlewane, łatwo w następstwie wrzodzieją i cuchną; owrzodzenia niejednokrotnie stanowiły słuszną podstawę do podejrzenia co do przyrody guza. Nadmienić należy, że czasem takie guzy obrzękają, wskutek czego mogą okazywać pozorne chełbotanie, czem naśladują torbiele, jak to miało miejsce n. p. w przypadkach Münchmeyera i Hofmokla, którzy guzy takie z wynikiem ujemnym nakłuwali. Wypadnięte przed pochwę i rozlane guzy były niejednokrotnie mylnie rozpoznawane i leczone krążkami. Guzy, usadowione na tylnej ścianie pochwy, wypadając, mogą pociągać odbytnicę.

O ile w przypadkach powyższych chore zgłaszają się zwykle z powodu objawów ze strony pęcherza moczowego lub odbytnicy, o tyle guzy nie wypadnięte, a rozwijające się w głąb miednicy, mogą się rozwijać niepostrzeżenie i dawać objawy dopiero w okresie ciąży, porodu lub połogu. Szczególnie w czasie porodu mogą stanowić poważną przeszkodę, jak w przypadku Cordara, gdzie u wieloródki, która przedtem prawidłowo rodziła, nastąpiło podczas następnego porodu pęknięcie macicy wskutek włókniaka lewej ściany pochwy, lub w przypadku Scharpenacka, gdzie włókniak pochwy dał wskazanie do wymóżdżenia.

Podobnie przeszkodę porodową stanowił włókniako-mięśniak, opisany przez Schestopala, wychodzący z prawej ściany pochwy, tu jednak przeszkodę porodową udało się zrównoważyć kleszczami. Mając na uwadze powyższe względy w czasie porodu, radził Veit guzy takie, o ile są stwierdzone w ciąży, usunąć »na początku lub przed początkiem porodu«. Oddzielne zupełnie miejsce w kazuistyce łagodnych nowotworów pochwy stanowi wspomniany powyżej przypadek Halbana, jedyny w swoim rodzaju: 36-letnia dziewica na sześć lat przed leczeniem z powodu włókniaka pochwy przebyła wycięcie prawej nerki z powodu wodonercza. Gdy ją w sześć lat później operowano z powodu włókniaka pochwy wielkości pięści, okazało się z anatomicznych stosunków pola operacyjnego, a mianowicie ze stosunku guza do prawego moczowodu, że guz ten z wszelkiem prawdopodobieństwem już przed sześciu laty uciskał moczowód; jednak wówczas nie była chora badana wewnętrznie.

Przypadki Kröniga i Wernitza zasługują na wzmiankę w niniejszej pracy o tyle, że są prawie identyczne z przypadkiem przezemnie podanym.

Fabricius i Aman opisali przypadki równoczesnego wystąpienia włókniaków macicy i pochwy.

Prawie we wszystkich przypadkach rokowanie było dobre, a leczenie zawsze operacyjne, przyczem przebieg operacyi stanowił skalę od bardzo łatwego podwiązania guza uszypułowanego, aż do bardzo trudnego technicznie wyłuszczenia guzów rozlanych lub głęboko w tkankę łączną miednicy małej wrosłych, z oczywistem w takich razach odsłonięciem większych naczyń i narządów tejże okolicy. Operacyę ułatwia i ta okoliczność, że guzy te występują zwykle pojedynczo, choć i pod tym względem nie brak wyjątków, jak n. p. opisany przez Torglera przypadek równoczesnego wystąpienia kilku włókniaków pochwy.

Z powyższego zestawienia ogólnych cech łagodnych nowotworów pochwy i z wymienienia przypadków ciekawszych łatwo ocenić przypadek przezemnie podany.

W wywiadach uderzają głównie dwa szczegóły: Objawy ze strony pęcherza moczowego i datowanie się ich od ostatniego porodu. Objawy te wynikają z usadowienia się guza pod cewką moczową, pociąganą w miarę jego rozwoju; w tem też należy dopatrywać się przyczyny owrzodzenia, które nasunęło wątpliwości co do przyrody guza. Że zaś chora cierpienie swe zauważyła od czasu ostatniego porodu, możemy tem wytłómaczyć, że ciąża ostatnia — w myśl twierdzenia Bontina i Rongeta — wywołując ogólne przekrwienie narządów miednicy, wpłynęła korzystnie na rozwój guza.

Porody przebiegały prawidłowo mimo, że według wszelkiego prawdopodobieństwa guz istniał już przynajmniej w czasie ostatniego porodu; nie stanowił jednak przeszkody porodowej, gdyż z usadowienia jego wynikała raczej dążność do rozwoju na zewnątrz sromu, niż ku wnętrzu miednicy, a poród ostatni mógł się przyczynić do wysunięcia go przed szparę sromową, gdyż wtedy dopiero chora schorzenie swe zauważyła.

Wreszcie pod jednym względem przypadek niniejszy zasługuje na uwagę, mianowicie ze względu na pochodzenie omawianej sprawy, co do którego, jak wspomniałem na początku pracy, istnieje wiele poglądów. Wśród nich poważne w nauce stanowisko zajmuje zapatrywanie Recklingshausena, że łagodne nowotwory pochwy mogą wychodzić z resztek przewodów Wolffa i Müllera, szczególnie, jeśli zawierają w swej budowie składniki gruczołowe; stwierdzenie zatem tych składników miałoby tę tezę potwierdzić.

Jako na takie, zwraca Veit uwagę na przypadki Gossmana i Ita. Słusznie jednak inni autorowie, jak wspomniany w pracy Gieseckego Rene Müller, zauważają, że znalezienie tych składników gruczołowych nie jest konieczne dla odniesienia zapatrywania Recklingshausena do poszczególnych przypadków, gdyż składniki te, jako nieliczne, mogą ujść uwagi nawet przy dokładnem badaniu drobnowidowem; że natomiast za tem zapatrywaniem co do pochodzenia łagodnych nowotworów pochwy przemawia ogromna przewaga siedziby ich w linii środkowej przedniej lub tylnej ściany pochwy, gdzie stosunki embryogenetyczne są nader zawiłe.

W odniesieniu do powyższych poglądów w moim przypadku poddano guz w całości po odcięciu go specyalnie dokładnemu badaniu co do składników gruczołowych. Jak już wspomniałem, nie znaleziono ich; czy guz wcale ich nie zawierał, czy też mimo dokładnego badania uszły uwagi, trudno w przypadku moim odpowiedzieć; nie wyklucza to jednak pochodzenia z przewodu Wolffa, za czem, według Müllera, przemawia usadowienie guza w linii środkowej przedniej ściany pochwy.

Piśmiennictwo. 1) Veit: Handbuch der Gynaek. Tom III. Cz. I. str. 290—296. — 2) Krönig: Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Tom XIV. str. 184. — 3) Cordaro: Zentralbl. f. Gyn. 1905. str. 762. — 4) Scharpenak: Tamże. 1905. str. 1328. — 5) Wernitz: Tamże. 1894. str. 632. — 6) Halban: Tamże. 1909. str. 572. — 7) Giesecke: Tamże. 1915. str. 81. — 8) Gossmann: Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Tom XI. str. 460. — 9) Zubrzycki: Lwowski Tygodnik lek. 1910. Nr 41. — 10) Zubrzycki: Przegląd lek. 1916. Nr 1. — 11) Ehrlich: Lwowski Tygodnik lek. 1914. Nr 19, 20 i 21.

Jak wyzyskać dla walki z gruźlicą szpitale wojskowe, przeznaczone dla piersiowo chorych?

Podał

Dr Antoni Kuczewski (Zakopane).

Nie potrzeba chyba dowodzić, jakie znaczenie dla walki z gruźlicą posiada uświadamianie szerokich warstw ludności w tym kierunku. Wieloletnie doświadczenie i przykład w tym względzie Niemiec, Wielkobrytanii, a zwłaszcza Stanów Zjednoczonych Ameryki północnej wystarczą tu w zupełności. Nawet sanatoryum, nie mówiąc już o poradni (dyspensatoryum), rozpatrywane

z punktu widzenia społecznej walki z gruźlicą, zyskuje na znaczeniu w dużym stopniu dzięki temu, że chorych kształci, że w nich wpaja zasady zwalczania gruźlicy, że czyni z nich swojego rodzaju apostołów.

To samo, tylko w znacznie większej mierze, da się powiedzieć o zakładach wojskowych dla gruźliczych, które powstały w czasie obecnej wojny. Tysiące chorych z rozmaitych warstw męskiej ludności przechodzą przez nie. Wiek tych chorych waha się od 18 do 52 lat. Olbrzymia, niepraktykowana nigdy i nigdzie dotychczas mobilizacya wszystkich sił męskich do wojny powołała do szeregów również wszystkich zdolnych jeszcze do służby suchotników. Ogromna większość tych żołnierzy przeszła potem do szpitali wojskowych dla gruźliczych. Z całą pewnością twierdzić można, że nigdy jeszcze nie było tak licznego uruchomienia gruźliczych, takiego skupienia całych mas tego rodzaju chorych w specyalnych zakładach leczniczych, gdzie przebywają oni po większej części niedługo, ustępując po 2—3 miesiącach pobytu miejsca innym współkolegom. Przez szpitale wojskowe tego rodzaju przepływają przeto w ciągu trzech lat wojny nieustannie coraz to inne fale gruźliczych. Krótki czas pobytu chorych czyni zadanie lekarza pod względem leczniczym dość niewdzięcznem. Tembardziej należy wyzyskać ten czas dla celów wychowawczych i zapobiegawczych.

Po wojnie nigdy już z pewnością nie nadarzy się lepsza sposobność do pouczania i propagandy przeciwgruźliczej, popartej nadto czynem i przykładem w samym szpitalu. Żaden najgorliwszy bojownik z pod sztandaru walki z gruźlicą nie znajdzie bardziej dobranego i licznego audytoryum.

Dla poparcia swych teoretycznych pouczeń nigdzie nie znajdzie tak przekonywających dowodów, jak cały aparat leczniczo-higienicznych środków, stosowanych w należycie urządzonym i prowadzonym szpitalu wojskowym.

Dlatego przed każdym lekarzem, pracującym w tych zakładach wojskowych, otwiera się pole do działania w kierunku uświadamiania swych pacyentów, jak mają się zachowywać, aby uzyskać poprawę w stanie swego zdrowia i nie zarażać innych tak w czasie pobytu w wojsku, jak i po powrocie do domu.

W tym celu pragnąłbym podzielić się tutaj swem dwuletniem doświadczeniem, zebranem w szpitalu Czerwonego Krzyża (dawniejszym zakładzie Dr Chramca) w Zakopanem.

Mam oddział żołnierski, obliczony średnio na 120 chorych (130 latem, 110 zaś zimą), o gruźlicy nieczynnej. Inteligencya moich chorych jest różnoraka; poczynając od analfabetów, a kończąc na ludziach ze średniem wykształceniem. Przeważnie wszakże moi chorzy rekrutują się ze stanu włościańskiego, drobnomieszczańskiego i robotniczego. Co do narodowości, to mam chorych ze wszystkich krajów monarchii austryackiej, ale najwięcej, bo około 75%, Polaków i Rusinów z Galicyi i Bukowiny. Zrzadka trafiają się nawet Madziarzy. Porozumiewanie się z nimi jest dość trudne, zwłaszcza że Rumuni i Włosi nie rozumieją często nawet państwowego języka.

Szerzę swoją propagandę przeciwgruźliczą w języku polskim, zrozumiałym dla $^3/_4$ mych chorych (z dołączeniem do nich Czechów i t. zw. Bośniaków) i w niemieckim dla tych, kto po polsku nie rozumie. Prowadzę mą czynność w ten sposób, że 2 razy w miesiącu (tak często bowiem zmienia się skład chorych w naszym szpitalu) urządzam pogadanki z żołnierzami, starając się w nich wpoić zasady katechizmu przeciwgruźliczego. Uwzględniając stan inteligencyi słuchaczy, z zasady mówię krótko, nie wdając się w teoryę, starając się zwięźle wyłożyć istotę choroby, sposób, w jaki jej nabawili się, i niebezpieczeństwo zarażenia się (to szczególnie podkreślam), jakiem grożą i grozić będą swemu otoczeniu, jeżeli podanych wskazówek nie wypełnią. Unikam doprowadzania do znużenia swoich nieprzyzwyczajonych do słuchania pacyentów i dlatego ograniczam swój wykład zwykle do 20—25 minut. Ale następnych dni w czasie odwiedzania chorych w ich salach i pokojach przepytuję każdego żołnierza, zadając mu po kilka z niżej przytoczonych pytań. Przepytywanie to odbywa się naturalnie wobec innych chorych. Jeżeli ktoś nie umie odpowiedzieć, albo odpowiada błędnie, wyręcza go w tem któryś z towarzyszy. Przekonałem się, że w ten sposób żołnierze dość łatwo przyswajają sobie zasady katechizmu przeciwgruźliczego.

Na co kładę nacisk, najlepiej wyjaśnią główne pytania, które zadaję chorym. A więc: Na coś chory? Dlaczego gruźlica płuc jest zakaźną? Gdzie głównie kryje się zaraza? Dlaczego należy pluć tylko do spluwaczki? Jak należy sprzątać kurz z podłóg i ze sprzętów? Czy można rzucać gdzie się da niedopałki cygar i papierosów? Co masz czynić przy kaszlaniu? Jak często masz myć ręce? Czy należy czyścić zęby? Dlaczego jest szkodliwem sypianie z innymi w jednem łóżku? Dlaczego nie należy jadać z innymi z jednego naczynia i jedną łyżką? Dlaczego nie należy palić z cudzej fajki albo papierosa, który był w cudzych ustach? Co najlepiej zabija zarazki i chroni od gruźlicy? Jak należy urządzić mieszkanie, aby jak najbardziej zabezpieczyć się od zachorowania na gruźlicę? Dlaczego należy często przewietrzać mieszkanie i pościel? Dlaczego należy utrzymywać w jak największej czystości twoje ciało? Jak często należy zmieniać bieliznę? Dlaczego picie wódki jest szkodliwe? Gdzie poza plwociną może kryć się jeszcze zarazek gruźlicy? Co należy czynić z mlekiem krowiem, aby uniknąć gruźlicy?

Poza tem byłbym ogromnie za tem, aby we wszystkich szpitalach wojskowych, przeznaczonych dla gruźliczych, w każdej sali i w każdym pokoju obok napisów, zakazujących plucia na podłogę i palenia, był na najwidoczniejszem miejscu wywieszony conajmniej jeden plakat wielkości kwadratowego arkusza rozmiarów 50 cm × 50 cm, na którym wyraźnie, dużym tłustym drukiem byłyby umieszczone 12 rad przeciwgruźliczych:

1. Nie pluj na ziemię, ani na podłogę, ani do chusteczki i nie połykaj plwociny, bo plwocina często zawiera zarazki.
2. Pluj tylko do spluwaczki z wodą czystą lub karbolową.
3. Nie wyrzucaj na ziemię, ani na podłogę niedopałków papierosów i cygar.
4. Przy kaszlu zasłaniaj usta chusteczką lub ręką.
5. Światło słoneczne i czyste powietrze chronią od suchot. Przewietrzaj więc codziennie mieszkanie i pościel.
6. Utrzymuj w czystości swoje ciało: kąp się i zmieniaj bieliznę przynajmniej raz w tygodniu.
7. Myj ręce przed każdem jedzeniem, płucz usta po jedzeniu; czyść zęby przynajmniej raz na dzień wieczorem.
8. Zamiataj podłogę i wycieraj kurze tylko na wilgotno, bo kurz zawiera zarazki.
9. Nie sypiaj z innymi w jednem łóżku, nie pij i nie jedz z jednego naczynia, ani też jedną łyżką.
10. Nie pozwalaj dzieciom brać do ust przedmiotów, podniesionych z ziemi i nigdy nie całuj ich w usta.
11. Nie używaj innego mleka, jak przegotowane, zwłaszcza dla dzieci.
12. Dbaj o dobre pożywienie i nie pij wódki, bo niedostateczne odżywianie i pijaństwo sprzyjają powstawaniu suchot.

Byłbym za tem, aby te same rady przeciwgruźlicze, wydrukowane w ojczystym języku chorego, były mu doręczane n. p. przy opuszczeniu szpitala.

Teraz zachodzi pytanie, kto i w jaki sposób ma przygotować wydanie drukiem i rozpowszechnienie wymienionych wskazówek i rad. Jestem zdania, że powinien ująć to w swoje ręce tak centralny urząd, jak c. i k. Ministerstwo wojny. Koszta wydania tysięcy egzemplarzy i koszta rozesłania ich przez władzę centralną zmniejszyłyby się znacznie. Nadto nada się całej akcyi planowość, systematyczność i jednolitość.

W końcu r. 1915 Ministerstwo wojny rozesłało wprawdzie pod l. 278315 t. zw. »Wskazówki przeciwgruźlicze«, ale w bardzo małej ilości i tylko raz jeden.

Jestem pewny, że należyte uświadomienie w kierunku przeciwgruźliczym tych tysięcy chorych żołnierzy, które przepływają przez szpitale dla gruźliczych, ułatwi w znacznej mierze walkę z gruźlicą po zawarciu pokoju.

Sprawy Izb lekarskich.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska we Lwowie.

Posiedzenie Wydziału Izby lek. z 25 kwietnia 1917.

Obecni: Prezydent Dr Papée, zast. prez. Dr Kohlberger członkowie Wydziału Dr Drzymalik, Mikołajski, Meisels i zaproszony prof. Cieszyński.

1. W sprawie zażalenia technika dent. p. R. przeciw Dr A. W. we L. z powodu wydania żonie świadectwa odbytej praktyki techniczno-dentystycznej, oraz z powodu używania przez tegoż Dr M. W. tytułu »technik dentysta«, uchwalono po wysłuchaniu zdania profesora dentystyki Dr Cieszyńskiego zawiadomić gremium techników dent., że na podstawie § 2 i § 5 rozp. Min. handlu w porozumieniu z Min. spr. wewn. z 20. III. 1892 ma prawo lekarz dentysta wydawania świadectw z odbytej praktyki tech-

niczno-dentystycznej, oraz używania tytułu »technik-dentysta«. Natomiast technicy dentystyczni mogą używać tylko tytułu »technik dentystyczny«. Wobec tego Wydział Izby nie widzi powodu kwestyonowania w mowie będącego świadectwa.

2. Przy tej sposobności podnosi prof. Dr Cieszyński, że byłoby pożądanem, ażeby Izba lek. poleciła odtąd lekarzom tytułować się nie krótko »dentysta«, lecz »lekarz-dentysta«, i aby fizykat miejski zarządził, by technicy w myśl ustawy używali tytułu: »technik dentystyczny«. Także powinien fizykat zwrócić pilniejszą uwagę na nadużycia techników dentystycznych, którzy zwłaszcza teraz pod nieobecność wielu lekarzy dentystów, wykonują prawie wszystkie operacye w jamie ustnej.

3. Załatwiono przychylnie wnioski kredytowe.

4. Odpisano Dr M. S. z Z. opłatę Izbową za r. 1915 z powodu, że uiścił opłatę w Izbie czeskiej, zaś Dr I. R. ze L. uchwalono odpisać, że o zaniechaniu praktyki lekarskiej powinien był urzędowo zawiadomić Wydział Izby, jak także usunąć wywieszkę na swem mieszkaniu.

5. Przyjęto do wiadomości podziękowanie Dr A. K. za skuteczną interwencyę Wydziału Izby w sprawie jego pretensyi za szczepienie.

6. Pismo Izby lek. salzburskiej w sprawie odpisów historyi chorób dla towarzystw ubezp. od wypadków oddano Dr Kohlbergerowi do referatu.

7. Rozpatrzono i zaopiniowano podania o koncesyę na nową aptekę w Drohobyczu.

V. Posiedzenie Wydziału Izby lek. z 9 maja 1917.

Obecni: Prezydent Dr Papée, zast. prez. Dr Kohlberger, członkowie Wydziału Dr Drzymalik, Mikołajski, Meisels.

1. Odczytano pismo Starostwa w Rawie ruskiej w sprawie braku lekarzy w Rawskim powiecie i uchwalono umieścić ogłoszenie w »Przeglądzie lek.«

2. Przyjęto do wiad. pismo Dr O. L. ze Lw., że z dniem 29. II. 1916 zaniechał praktyki lek. i uchwalono zażądać usunięcia wywieszki na jego mieszkaniu.

3. Uchwalono poprzeć w c. k. Namiestnictwie załatwienie rachunków Dr. R. P. z B.

4. Przyjęto do wiadomości pismo Dr Ernesta Rittera z Wiednia w sprawie wynagrodzenia za sporządzenie taryf asekuracyjnych dla kasy pensyjnej dla wdów po lekarzach.

5. Odczytano pismo Izby lek. zachodnio-galic. w sprawie administracyi sanit. Galicyi i uchwalono odpowiedni referat przesłać do podpisu Towarzystwom lekarskim w Galicyi, a następnie wysłać do Koła polskiego.

6. Uwolniono od opłat Izbowych Dr I. K. obecnie w Lublinie za czas wojny od połowy, Dr O. H. z D. tak samo, Dr O. R. z S. za lata 1915, 1916 i 1917 od połowy; a Dr S. G. z L. uchwalono odpisać połowę opłat za l. 1911—1914, zaś za lata 1915, 1916 i 1917 zażądać opłaty w całości.

7. Prezydent odczytuje wykaz zaległych opłat Izbowych, których suma ogólna dochodzi do 4—5 tysięcy koron, — przyczem okazało się, że niektórzy lekarze mimo licznych upomnień zalegają z opłatami od kilkunastu lat. Uchwalono przesłać wszystkim tym lekarzom dokładny wykaz ich zaległości i zażądać wyrównania tychże pod zagrożeniem egzekucyi.

8. Zaopiniowano kilka wniosków kredytowych.

9. Odczytano pismo Dr A. B. lekarza okręgowego w R., któremu Wydział powiat. w D. zamknął pensyę z dniem jego powołania do wojska i rozpisał konkurs na tę posadę, a Wydział kraj. odesłał na drogę prawa. Uchwalono wysłać do Wydziału kraj. przedstawienie. Przy tej sposobności uchwalono umieścić w »Przeglądzie lek.« odezwę do lekarzy, aby posad opuszczonych przez lekarzy wskutek powołania do służby wojskowej nie obejmowali na stałe, tylko w charakterze zastępców na czas wojny pod zagrożeniem dochodzenia dyscyplinarnego.

VI. Posiedzenie Wydziału Izby lek. z 23 maja 1917.

Obecni: prezydent Dr Papée, wiceprez. Dr Kohlberger członkowie Wydziału Dr Drzymalik, Mikołajski, Schellenberg Meisels.

1. W sprawie administracyi sanitarnej w wyodrębnionej Galicyi uchwalono zreasumować uchwałę z 9 maja i odpowiedzieć Izbie krak., że obecna chwila nie nadaje się do ponawiania sprawy wobec zmiany stosunków politycznych.

2. Prezydent podaje do wiadomości, że c. k. Namiestnictwo

wyasygnowało kwotę kor. 4222·50, jako półroczny zasiłek z tytułu zwalczania epidemii.

3. Odczytano zaproszenie na posiedzenie Kraj. Rady zdrowia, mające się odbyć 26 maja 1917.

4. C. k. Namiestnictwo zawiadamia, że udzieliło pozwolenia Dr Stanisławowi Dekańskiemu w Medyce na utrzymywanie apteki domowej bez konkursu ze względu, że poprzednik jego miał już koncesyę na tę aptekę.

5· Odczytano pismo c. k. Namiestnictwa w sprawie podpisania VI pożyczki wojennej. Uchwalono z powodu braku funszów i z powodu, że Izba już wzięła udział w pożyczce wojennej IV kwotą 40.000 kor., nie brać udziału w tej nowej pożyczce.

6. Odczytano i przyjęto do wiad. pismo Wydziału wykonawczego, że sprawa poborów lekarzy, powołanych czasowo do wojska, została uregułowana rozporządzeniem Minist. z 28 kwiet. br. L. 74.

7. Zaopiniowano wnioski kredytowe.

8. Uwolniono chirurga M. E. z N. od $^2/_3$ opłat Izbowych za ubiegłe lata, a Dr B. P. z B. opuszczono zaległość z 18 kor. na 9 kor.

9. Udzielono zapomogi następującym żonom, wdowom i sierotom po lekarzach:

Leon Wehrn 100 kor., Paulina Solażyk 50 kor., Marya Szydłowska 100 kor., Antonina Galusińska 100 kor., Adela Szczepańska 100 kor., Otylia Świderska 100 kor., Marya Mochowa 100 kor., Zofia Rab 50 kor., Walerya Budzynowska 50 kor., Natalia Rödlówna 50 kor., Marya Schmidtowa 100 kor., Marya Orzechowska 100 kor., Róża Dortheimer 100 kor., Zofia Romaszkan 50 kor., Stefania Wachnianin 100 kor., Julia Reichowa 50 kor., Zofia Eisenstein 100 kor., Paulina Gobieńska 50 kor., Eleonora Kumerówna 50 kor., Marya Jasilkowska 50 kor., Józefa Hirszhorn 50 kor., Klara Hirschhorn 100 kor., Sydonia Tyllowa 50 kor., Ludwika Nowosadowa 100 kor., Olga Hlebowicka 50 kor., Felicya Dubanowicz 50 kor., Zofia Szamedówna 100 kor., Wanda Michalik 100 kor., Bronisława Maciulska 50.

10. Referent Dr Meisels odczytuje projekt pisma do Wydziału kraj. w sprawie zamknięcia pensyi lekarzowi okręg. Dr A. B. z R. Referat przyjęto.

11. Odczytano zażalenie prof. Dr R. na chirurga S. K. obecnie w L. z powodu, że tenże lecząc chore na dyfteryę dziecko, nie rozpoznał w czas choroby i nie wstrzyknął surowicy wskutek czego dziecko umarło. Uchwalono wezwać obie strony celem przesłuchania.

12. Zaopiniowano podanie o koncesyę na aptekę w Drohobyczu.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 31. X. posiedzenie, na którem przyjęto wnioski komisyi w sprawie walki z gruźlicą, poczem kol. Rychliński przedstawił operowany przypadek krwiaka macicznego i jajowodowego, a kol. Laskiewicz ciekawy przypadek uszkodzenia podstawy czaszki. W dyskusyi przemawiali kol. prof. Braun, prof. Gliński, Laskiewicz, Michejda, Rychliński, doc. Zubrzycki.

Następne posiedzenie będzie posiedzeniem klinicznem, a odbędzie się 7. XI. w klinice chirurgicznej.

W niedzielę 28. X. zwiedziła druga grupa członków Towarzystwa nowe miejskie zakłady sanitarne, oprowadzana przez naczelnego lekarza miasta, kol. doc. Janiszewskiego.

— Izba lekarska zachodnio-galicyjska podaje do wiadomości wezwanie »Wojennego Związku przemysłu bawełnianego« do jaknajwiększej oszczędności środków opatrunkowych. Stosownie do rozporządzenia ministerstwa z 13. V. 1917. Dpp. Nr 211 należy używane opatrunki gromadzić, a po odkażeniu, oczyszczeniu i przeróbce w fabrykach materyał ten ponownie się używa, poczem znowu ma być przerobiony i użyty, gdyż stanowi on dziś jedyny już zapas. Szpitale, kasy chorych i t. p. otrzymały już instrukcye, jak mają ze starymi opatrunkami postępować; stare opatrunki z praktyki prywatnej powinni lekarze oddawać do najbliższego szpitala.

Warszawa. Nagrodę im. Helbicha przyznało Towarzystwo lekarskie warszawskie doc. Dr J. Pruszyńskiemu za prace, ogłoszone w r. 1916 w »Gazecie lekarskiej«.

— Z powodu rocznicy Kościuszkowskiej ogłosiło Warszawskie Towarzystwo higieniczne konkurs na rozprawkę ludową z dziedziny higieny. Rozprawka ma obejmować następujące rozdziały: Charakterystyka Kościuszki, jako przyjaciela ludu. Czystość osobista, w mieszkaniu i zagrodzie. Higiena mieszkania. Higiena żywienia. Higiena odzieży. Szkodliwość dla zdrowia przesądów i zabobonów. Rozmiary rozprawki mają wynosić 1—$1^1/_2$ arkusza druku. Prace konkursowe nadsyłać należy do Towarzystwa higienicznego warsz. (Karowa 31).

— Jak donoszą dzienniki, wykłady higieny i bakteryologii w Uniwersytecie warszawskim obejmuje Dr Stanisław Serkowski.

— »Gazeta lekarska« (Nr 43) donosi, że w Departamencie spraw wewnętrznych T. Rady Stanu szefem Wydziału zdrowia publicznego jest Dr Witold Chodźko, a referentami tego Wydziału zostali mianowani Dr T. Borzęcki (zdrojowiska), Dr W. Kamiński (zwalczanie chorób wenerycznych), Dr S. Kopczyński (higiena szkolna), Dr chem. Weil (farmacya), mg. wet. Dzięciołowski (weterynarya). Przy Wydziale działa od 1. VIII. b. r. jako organ doradczy Tymczasowa Rada lekarska, do której należą: Dr J. Jaworski, prof. Mazurkiewicz, Dr Paszkiewicz, Rzętkowski, Serkowski, Szumlański, mg. farm. Koskowski, a jako przedstawiciel wojska Dr S. Rudzki.

— Przed wojną zapadało w całem Królestwie polskiem na dur osutkowy około 1200 osób rocznie. W r. 1915/6 objęła epidemia, w końcu stłumiona, 14354 przypadków († 1357), a w ciągu półrocza 1917 — 12982 przypadków († 1008) w samej tylko okupacyi niemieckiej, więc w połowie Królestwa, a to mimo, że działa tam 158 odwszawiarni, 300 domów izolacyjnych i 193 kamer dezynfekcyjnych. Zestawiwszy te cyfry, dodaje »Gazeta lekarska« (43): »Fakty te dowodzą niezbicie, do jakiego stopnia zawodne są jednostronne sposoby walki z chorobami zakaźnemi w chwili ogólnego upośledzenia odżywiania i wygładzania kraju. Ochrona pozostałej ludności od śmierci głodowej i następstw głodu — oto najważniejsze zadanie nowego rządu polskiego«.

Zmarli: Dr Kazimierz Niedzielski, autor szeregu prac chirurgicznych oraz historycznych, w 54 r. ż., w Warszawie, Dr Julian Majkowski w Warszawie.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie kliniczne Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę dnia 7. listopada 1917 o godz. 6 wieczór w **klinice chirurgicznej (ul. Kopernika 40).** — Porządek dzienny: 1. Wybór komisyi przedwyborczej. 2. Dr Michejda: Z dziedziny leczenia gruźlicy kręgosłupa (z przedstawieniem chorych). 3. Dr Jaworski: Przedstawienie przypadków przetok kałowych i ich leczenie. 4. Dr Hładij: a) Uwagi o leczeniu tętniaków urazowych. b) Przedstawienie chorych z dziedziny plastyki, chirurgii przewodu pokarmowego, narządu moczowego.

Nadesłane.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.